

หนังสือแสดงคำยินยอมรับการยิงเลเซอร์
โรงพยาบาลปราสาท อ.ปราสาท จ.สุรินทร์

วันที่..... เวลา.....น.

1. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... นามสกุล.....
บ้านเลขที่..... เบอร์โทรศัพท์.....

ขอให้กำ印ยอมในฐานะ ผู้ป่วย
 ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น

ผู้ป่วยชื่อ นาย / นาง / นางสาว / ต.ช. / ค.ญ. นามสกุล.....

ขอให้กำ印ยอมและอนุญาตโดยสมัครใจให้แพทย์ผู้รักษา ชื่อ..... และ

2. คณภาพแพทย์ของท่านได้ลงความเห็นว่าควร ทำการยิงเลเซอร์ / หัตถการ (ที่ทำการผ่าตัด/หัตถการ)

ยิงเลเซอร์ดูงหุ่มเดนส์

3. แพทย์ผู้ทำการยิงเลเซอร์ได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบันถึงขั้นตอนและวิธีการยิงเลเซอร์โดยมี
ข้อดี คือ มองเห็นชัดเจนขึ้น, มองเห็นแสงได้มากขึ้น และ ข้อเสีย คือ แสงตา, ระคายเคืองตา

โดยมีความเสี่ยง/ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการยิง โดยเฉพาะ, ผลกระทบ, ช่องหน้าม่านตาอักเสบ, เสื่อดอกในช่องหน้าม่านตา, จota ลอก, ความคันลูกตาสูง, ภาพแตกจากการยิง โดยเฉพาะ, เลนส์แก้วตาเทียม, เลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน

และความว่าจะต้องนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลหลังการยิงเลเซอร์ 1 วัน

4. ทีมให้การระงับความรู้สึกเพื่อการยิงเลเซอร์ได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของการให้การระงับความรู้สึกถึงขั้นตอน
วิธีการระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนการระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึกและหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งจะทำการ
ระงับความรู้สึกแบบ การดมยาสลบ การฉีดยาชาเฉพาะที่ การหยดยาชาที่ตา

โดยมีความเสี่ยง / ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการระงับความรู้สึกเพื่อการยิงเลเซอร์ คือ แพ้ยา พื้นจากยาสลบชา หดหายใจ
 หัวใจหดเด้น คลื่นไส้ / อาเจียน หนาสัน เจ็บคอ / ระคายเคืองคอ เสียงแหบ พื้นโขก / พื้นหัก
 เกิดแพลงบริเวณริมฝีปากและ / หรือบริเวณลิ้น ปวดศีรษะ ปวดหลัง

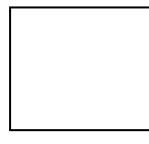
5. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า คำยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการกระทำอย่างใดก็ได้ของการยิงเลเซอร์ การพิจารณาชนิดของการระงับความรู้สึก การ
ให้เสื่อดอก และอื่นๆ ของคณภาพแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อประโยชน์ในการรักษา และ/หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้

6. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลปราสาท จัดการตามวิธีการแพทย์กับเนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนของร่างกาย หรืออวัยวะที่ถูกตัดออกจากร่างกาย
ของผู้ป่วย จากการตรวจรักษา และ / หรือผ่าตัด

ลงชื่อ..... ผู้อธิบาย

(.....)

แพทย์ผู้ทำการยิงเลเซอร์



ลงชื่อ.....

(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....

พยานคนที่ 1

ลงชื่อ..... ผู้อธิบาย

(.....)

วิสัญญีแพทย์ / วิสัญญีพยาบาล

ผู้ให้การระงับความรู้สึก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

พยานคนที่ 2